

令和 年 月分 主治医意見書料請求総括表

令和 年 月 日

岡山県国民健康保険団体連合会 御中

請求機関番号	
--------	--

所在地
名称
開設者氏名
電話番号

印

令和 年 月分の介護保険主治医意見書料を下記のとおり請求します。

1. 請求件数 件
2. 請求金額 円
3. 請求内訳 別添「主治医意見書作成料請求書」のとおり
4. 振込先 (県外取扱機関の場合、ご記入ください。)

金融機関名 (普通・当座) フリガナ	銀行 信用金庫	支店名 口座番号	支店
名義人			

(注) この総括表は、1機関、1月に1枚作成してください。